

特別の理由による任意予防接種費助成金支給申請書

年 月 日

飛島村長 様

申請者 住 所 飛島村

氏 名 ㊟

被接種者との続柄

電話番号

飛島村特別の理由による任意予防接種費助成金について、次のとおり申請します。
 また、申請の審査に必要な場合は、被接種者の住民登録資料を閲覧すること及び予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、飛島村がその情報を関係医療機関に問い合わせることを承諾します。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 飛島村		
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年 月 日	年齢	満 歳 か月
疾 病 名				
予防接種が可能となった時期		年 月 日		
予防接種予定医療機関				
接種を希望する 予防接種の種類		4種混合 [1期初回：1回目・2回目・3回目、1期追加]、2種混合 [2期] 3種混合 [1期初回：1回目・2回目・3回目、1期追加] B型肝炎 [1回目・2回目・3回目]、結核 [BCG] ポリオ [初回：1回目・2回目・3回目、追加] 麻しん風しん混合 (MR) [1期、2期]、麻しん [1期、2期]、風しん [1期、2期] 水痘 [1回目・2回目] 日本脳炎 [1期初回：1回目・2回目、1期追加、2期] Hib [1回目・2回目・3回目、追加] 小児用肺炎球菌 [1回目・2回目・3回目、追加] 子宮頸がん (サーバリックス・ガーダシル) [1回目・2回目・3回目]		

*添付書類

- 1 特別の理由による任意予防接種費助成金主治医意見書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されている頁又は特別の理由が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し